



ASSOCIATION DES  
MÉDECINS PSYCHIATRES  
DU QUÉBEC

# RECOMMANDATIONS LES QUATRE GRANDES PRIORITÉS

**DOCUMENT DE CONSULTATION SUR  
LE PLAN D'ACTION EN SANTÉ MENTALE 2014-2020**

DÉPOSÉES AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

18 avril 2014

## TABLE DES MATIÈRES

L'ASSOCIATION DES MÉDECINS PSYCHIATRES DU QUÉBEC	Page 4
MISE EN CONTEXTE	Page 5
LES PRIORITÉS	Page 6
CONCLUSION	Page 16

## LEXIQUE DES ABRÉVIATIONS

AMPO	Association des médecins psychiatres du Québec
GASM	Guichet d'accès en santé mentale
GMF	Groupe de médecine familiale
JAP	Jeunes adultes psychotiques
JED	Jeunes en difficulté
MEL	Module évaluation liaison
MSRP	Médecin spécialiste répondant en psychiatrie
PASM	Plan d'action en santé mentale
PSII	Plan de services individualisés et intersectoriels
SIM	Suivi intensif dans le milieu
SIV	Suivi d'intensité variable
TED-DI	Trouble envahissant du développement et déficience intellectuelle
UPS-J	Urgence psychosociale justice

## **L'ASSOCIATION DES MÉDECINS PSYCHIATRES DU QUÉBEC**

L'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ) regroupe plus de 1 100 psychiatres qui pratiquent au Québec. Elle s'intéresse à l'organisation des soins en santé mentale et au cadre de travail des médecins psychiatres. L'AMPQ a notamment le mandat de promouvoir les normes professionnelles et scientifiques les plus élevées dans l'exercice de la psychiatrie. Elle œuvre aussi à susciter dans le public une meilleure connaissance de la psychiatrie et de la santé mentale, et à favoriser l'accès à des services psychiatriques pour toute la population du Québec.

## MISE EN CONTEXTE

En janvier dernier, le Forum national sur le plan d'action en santé mentale 2014-2020 a regroupé de nombreux partenaires et intervenants impliqués dans la prévention et dans la prestation de soins et de services aux clientèles touchées. L'esprit de collaboration émanant de l'appel du ministre de la Santé et des Services sociaux a vivement interpellé l'AMPQ qui a immédiatement insisté pour assister à la présentation du plan.

Après avoir consulté le plan d'action en santé mentale (PASM) 2014-2020 proposé, l'AMPQ s'étonne du peu de place accordée aux médecins psychiatres dans le processus de consultation de sa mise en œuvre. L'expertise des médecins psychiatres cliniciens en matière de santé mentale ne devrait pas nécessiter un plaidoyer. Leur quasi-absence du document et du processus de consultation constitue, à notre avis, une direction inquiétante pour l'organisation des services psychiatriques dédiés à nos patients les plus malades.

Inutile de rappeler que les médecins psychiatres sont aux premières loges de l'organisation des soins en santé mentale et qu'ils sont à même d'identifier les priorités et enjeux qui peuvent permettre un meilleur accompagnement des personnes atteintes d'une maladie mentale.

À la lumière de l'information qui découle du plan proposé, mais également de l'expertise et de la connaissance de terrain des médecins psychiatres, l'AMPQ propose que le gouvernement poursuive quatre grandes priorités pour assurer non seulement une qualité de soins, mais une organisation efficace pour les patients qui sont, au premier chef, ceux dont nous devons nous préoccuper. L'AMPQ souhaite que les pistes de réflexion proposées soient prises en considération de façon sérieuse et rigoureuse.

## LES PRIORITÉS À

## OBSERVER

1. Clarifier les services couverts par le gouvernement tant en première qu'en deuxième ligne.
2. Rétablir l'équilibre des services entre la première et la deuxième ligne en s'assurant que les ressources suivent les patients.
3. Élaborer des solutions d'hébergement diversifiées et adaptées aux besoins réels.
4. Renforcer la coordination des services en santé mentale, tant entre la première et la deuxième ligne qu'entre les différentes tranches d'âge en pédopsychiatrie, psychiatrie adulte et gérontopsychiatrie.

**1**

## **CLARIFIER LES SERVICES COUVERTS PAR LE GOUVERNEMENT TANT EN 1<sup>ÈRE</sup> QU'EN 2<sup>E</sup> LIGNE**

*À l'heure actuelle, la population a de grandes attentes à l'égard du système de santé. C'est particulièrement vrai en psychiatrie. Pour certaines personnes, la psychothérapie est essentielle au traitement d'une pathologie clairement diagnostiquée, alors que pour d'autres, bien qu'elle apporte un réconfort et un meilleur équilibre de vie, elle n'est pas pour autant médicalement requise.*

Les services en psychiatrie qui sont médicalement requis devraient être précisés et, par conséquent, le traitement prescrit par un médecin psychiatre pour traiter une maladie mentale diagnostiquée devrait être disponible dans un délai raisonnable dans le réseau public de santé, qu'il soit prodigué en centre hospitalier ou dans la communauté. Actuellement, non seulement les services couverts ne sont pas clairement identifiés, mais en plus, des patients souhaitent recevoir des services en psychiatrie alors que leur situation médicale ne le requiert pas. En parallèle, de nombreux patients doivent être traités par un médecin psychiatre, mais n'y ont pas accès en raison de l'engorgement du système.

**2**

## **SERVICES DE 1<sup>ÈRE</sup> ET DE 2<sup>E</sup> LIGNE : RÉTABLIR L'ÉQUILIBRE EN S'ASSURANT QUE LES RESSOURCES SUIVENT LES PATIENTS**

*Les faits : le ministre de la Santé et des Services sociaux a clairement exprimé son souhait que soient renforcés les services de première ligne afin qu'une partie de la clientèle en santé mentale puisse y migrer. Malgré cela, on constate que la majorité des personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères et persistants est encore suivie dans les départements de psychiatrie en établissement. Or, on a transféré les ressources en première ligne, mais les patients n'ont pas suivi.*

Rappelons que les patients suivis en deuxième ligne sont les plus malades et ceux qui nécessitent les équipes les plus robustes. Lors des transferts de ressources vers la première ligne prévus par le PASM 2005–2010, un grand nombre de patients est demeuré en deuxième ligne, comme en témoigne l'écart entre les cibles d'augmentation d'effectifs en première ligne et celles du volume de clients suivis.

*On a transféré les ressources en première ligne, mais les patients n'ont pas suivi. Résultat : les équipes de deuxième ligne sont forcées de maintenir de larges cohortes de patients avec des équipes dilapidées.*

Jusqu'à présent, le bilan de prise en charge en première ligne suggère que les patients n'ont pas suivi les ressources, alors que le problème d'achalandage accru aux urgences psychiatriques montre une baisse de l'efficacité du réseau. Les équipes de deuxième ligne sont donc forcées de maintenir de larges cohortes de patients avec des équipes dilapidées.

### **L'accès aux omnipraticiens : une résistance qui demeure**

Les CSSS sont, en principe, responsables de l'organisation des services locaux dédiés aux personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale. Mais pour prendre en charge ces patients, ils demeurent dépendants de la volonté des médecins de famille du territoire de s'acquitter de ces clientèles plus complexes. Non seulement les médecins de famille sont difficiles d'accès, mais au surplus, ils sont souvent réticents à accepter des patients qui ont des problèmes de santé mentale. Il s'agit d'une clientèle plus lourde dont les rencontres médicales demandent plus de temps et d'énergie.

Par ailleurs, l'intégration du travail professionnel et médical qu'on retrouve dans le modèle de travail interdisciplinaire de deuxième ligne n'a pas été reproduite au niveau de la première ligne. Les équipes professionnelles travaillent en CLSC, alors que la plupart des médecins agissent en cabinets ou en GMF. Tous se plaignent — le patient en premier — des difficultés de coordination qui mènent à des échecs de mutation en première ligne et inévitablement, à un retour du suivi de ces patients vers la deuxième ligne.

### **Services de première et de deuxième ligne : une question d'équilibre et de coordination**

Le document de consultation mentionne peu les guichets d'accès en santé mentale. S'il est vrai que leur implantation a été très inégale, en bonne partie en raison de l'absence d'un modèle clair de fonctionnement, de balises de performance et d'encadrement, il n'en demeure pas moins que cette structure est importante pour l'accessibilité, qui est encore loin d'être résolue.



*Les ressources doivent suivre les usagers, et non l'inverse, comme c'est le cas actuellement. Elles doivent être attribuées selon la prestation effective de services et non selon des objectifs théoriques de proportion.*

*Il règne dans le réseau actuel une absence de culture des résultats associée à la performance. Résultat : peu de conséquences découlent de l'inefficience, alors que la performance n'est pas récompensée.*

Il serait important de revoir ce modèle, d'identifier des exemples d'implantations réussies et de s'assurer d'une harmonisation des critères de performance.

Par ailleurs, des régions ont développé d'excellentes modalités de collaboration en première ligne avec des médecins spécialistes répondants en psychiatrie (MSRP). Il serait important de les identifier et de les disséminer.

Également, la réalité de pratique en deuxième ligne – travail en équipe interdisciplinaire avec accès, en tout temps, au médecin psychiatre traitant – par rapport à la première – travail beaucoup plus individuel avec accès parfois difficile avec le médecin traitant – est très différente. Cette réalité fait en sorte que l'implantation d'un professionnel répondant n'est pas parfaitement adaptée aux réels besoins de leur pratique. Il serait sans doute plus utile pour les professionnels de première ligne de pouvoir compter sur l'expertise d'un médecin psychiatre – comme le MSRP – pour leurs besoins de diagnostic, orientation, évaluation de la dangerosité, par exemple.

Il serait donc aussi pertinent de favoriser une mobilité du personnel en santé mentale entre la première et la deuxième ligne, pour qu'ils connaissent l'ensemble du continuum des services et qu'ils soient plus efficaces dans la référence et la liaison.

Les ressources doivent suivre les usagers, et non l'inverse, comme c'est le cas actuellement. Elles doivent être attribuées selon la prestation effective de services et non selon des objectifs théoriques de proportion (70 % de patients suivis en première ligne)<sup>1</sup>.

Dans le réseau, peu de conséquences découlent de l'inefficience, alors que la performance n'est pas récompensée. Résultat : il règne une absence de culture de résultats, malgré l'existence d'indicateurs de performance. Nous croyons donc que le financement à l'activité serait une façon de rééquilibrer l'attribution des ressources entre la première et la deuxième ligne, en s'assurant qu'elles soient réparties là où le patient reçoit réellement ses services.

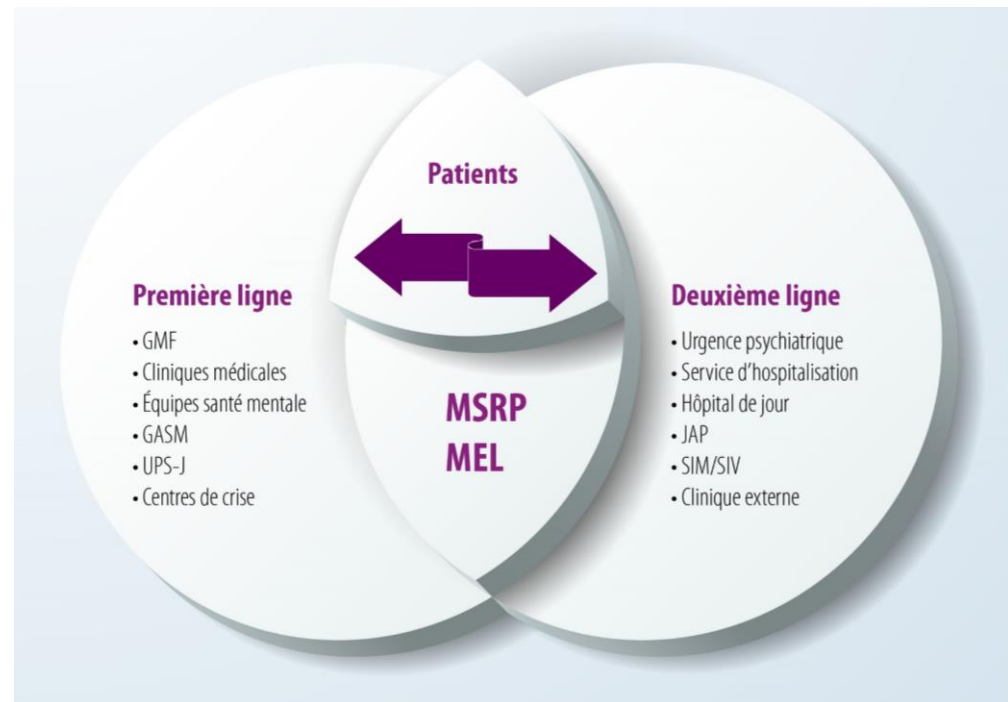
---

<sup>1</sup> Document de consultation du Forum national sur le plan d'action en santé mentale 2014-2020, page 13

### Clarifier le rôle de la deuxième ligne

Alors qu'on mentionne à peine la notion des services de deuxième ligne, tant dans l'ensemble du document que dans le processus de consultation, il convient, selon nous, de clarifier son rôle.

Les services spécifiques à la deuxième ligne sont l'urgence, l'hospitalisation et les services externes spécialisés pour les clientèles complexes et à besoin élevé. La première ligne, en revanche, doit s'occuper des patients avec des troubles plus légers ou transitoires, à l'aide de ses guichets d'accès en santé mentale, ses centres de crise et ses équipes de santé mentale. Le MEL et le MSRP créent des ponts entre ces ressources de première et de deuxième ligne afin de partager des connaissances. Lors des négociations sur l'implantation du MSRP, on envisageait qu'un budget soit prévu pour une infirmière de liaison, ce qui aurait permis d'améliorer la fluidité des références entre médecins de famille et médecins psychiatres. Malheureusement, ces ressources ne se sont pas matérialisées.



# 3

## ÉLABORER DES SOLUTIONS D'HÉBERGEMENT DIVERSIFIÉES ET ADAPTÉES AUX BESOINS RÉELS

*Pour un homme de 35 ans, schizophrène, fumeur et toxicomane, dont le comportement est grandement désorganisé, il peut être très difficile de trouver une ressource intermédiaire qui voudra l'accueillir. Des propriétaires de ce type d'hébergement imposent certains critères quant au profil de leurs résidents, ce qui a trop souvent comme conséquence de les exclure. Pourtant, c'est précisément ce type de clientèle qui a le plus besoin d'encadrement et d'un milieu de vie sécurisé, et ce, ailleurs que dans un hôpital. L'absence de ressources adaptées à cette clientèle crée un engorgement dans les lits des hôpitaux et, dans plusieurs cas, devient un aller simple vers l'itinérance.*

*Selon le rapport Agir maintenant, commandé par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal en juin dernier, 868 personnes seraient en attente d'un hébergement adapté à leurs besoins, alors que plus de 550 nécessiteraient des hébergements avec encadrement modéré ou intensif. Résultat : la situation des fins de soins actifs dans les hôpitaux s'est aggravée. Jusqu'à 30 % des lits actifs sont bloqués dans plusieurs hôpitaux et la durée d'attente de patients sur civière qui doivent être admis a grimpé.*

### Prévenir une seconde vague de désinstitutionnalisation

Les logements autonomes subventionnés avec équipes de suivi d'intensité variable (SIV) ou de suivi intensif (SI) sont indéniablement nécessaires et ont démontré leur efficacité et leur efficience. Par ailleurs, leur développement est souhaitable puisque ces ressources sont clairement insuffisantes. Toutefois, le suivi intensif ne peut répondre aux besoins de toutes les personnes ayant des troubles psychiatriques sévères. Plusieurs d'entre elles présentent des déficits qui rendent leur vie autonome en logement excessivement stressante et génératrice de crises ou encore carrément impossible pour des raisons de sécurité, comme un manque de jugement concernant le risque de feu ou d'une incapacité à préparer ses repas, et ce, même avec des services de soutien d'intensité maximale.

Lorsque la priorisation de formules d'hébergement plus économiques, comme les programmes de soutien au logement, s'associe à un désinvestissement du développement de ressources intermédiaires plus structurées, les besoins réels des clientèles avec des troubles plus sévères sont ignorés. Une telle orientation pourrait selon nous mener à une deuxième vague de désinstitutionnalisation. L'AMPQ est inquiète de l'intention exprimée par le MSSS de réduire le nombre de ressources intermédiaires et de type familial et anticipe avec ce scénario des problèmes importants d'engorgement des unités d'hospitalisation en psychiatrie et une augmentation de l'itinérance liée à la santé mentale.

*Le développement de nouvelles ressources se fait selon les goûts et les préférences des établissements gestionnaires, sans égard aux besoins réels des établissements référents, et surtout sans imputabilité sur les conséquences de ces décisions sur le réseau.*

### **Plus d'imputabilité**

La consolidation et la gestion des ressources résidentielles à Montréal n'ont rien fait pour améliorer l'accès aux soins. Au contraire, plusieurs étapes administratives ont été ajoutées à un processus déjà laborieux. Le développement de nouvelles ressources se fait selon les goûts et les préférences des établissements gestionnaires, sans égard aux besoins réels des établissements référents, et surtout sans imputabilité sur les conséquences de ces décisions sur le réseau.

Selon nous, c'est en grande partie l'attribution inefficace des ressources qui réduit les services disponibles à la population dans leur ensemble. Les patients dont le suivi est fragilisé deviennent malades plus souvent, ce qui met une pression accrue sur les urgences et les unités d'hospitalisation, mais également sur les familles des malades. Nous croyons que des pistes de solution se trouvent dans la décentralisation de la gestion des ressources d'hébergement, dans la simplification du processus de référence et dans le développement de ressources privées, mais réglementées selon un modèle intéressant et rentable pour les propriétaires.

### **Soutenir l'intégration au marché du travail**

En matière d'intégration au marché de l'emploi, le MSSS en vient à constater que le système actuel est inefficace, puisque les cibles fixées dans ce domaine ont rarement été atteintes. Ainsi, on propose des solutions intéressantes qui consistent à mettre en place un chantier de travail pour favoriser l'arrimage entre les organismes liés à l'emploi dans le contexte de la santé mentale, la mobilité des usagers dans le parcours de services et l'amélioration de la formation des agents de soutien à l'emploi, qui est sous-développée.

Toutefois, bien qu'une meilleure coordination des services existants soit souhaitable, il ne s'agit pas de remettre en question l'ensemble du système actuel. En effet, il existe des modèles de soutien à l'emploi, validés par la recherche. Ainsi, le modèle IPS (*Integrated Placement and Support*) jumèle des spécialistes de recherche et de soutien à l'emploi à des équipes de soins, afin de coordonner le traitement et le suivi des problèmes de santé mentale, l'accès au marché du travail et le maintien d'un emploi. Ce modèle éprouvé mériterait assurément une plus grande dissémination.

# 4

## RENFORCER LA COORDINATION DES SERVICES EN SANTÉ MENTALE, TANT ENTRE LA 1<sup>ÈRE</sup> ET LA 2<sup>E</sup> LIGNE QU'ENTRE LES DIFFÉRENTES TRANCHES D'ÂGE

*Un jeune schizophrène qui consomme occasionnellement de la marijuana et qui réside en centre jeunesse risque de perdre son suivi psychiatrique et son encadrement dès qu'il atteint ses 18 ans, parce que les ressources du milieu sont incapables de se coordonner. Cette catégorie de patients aboutit inévitablement aux urgences psychiatriques. Ce sont 75 % des jeunes suivis en centres jeunesse par une équipe en santé mentale qui perdent leurs services lorsqu'ils atteignent l'âge de la majorité.*

*Plusieurs programmes ont été déployés pour soutenir les patients et leur famille, de l'enfance à l'âge adulte. Or, la gestion en silos de ces programmes et le manque criant de coordination pour faciliter la transition d'un programme à un autre amoindrent la capacité du système à fournir un cadre de suivi efficace.*

### **Des soins accessibles et continus en pédopsychiatrie**

Le document de consultation n'aborde pas la question de l'importante morbidité engendrée par les délais souvent très longs, particulièrement dans certaines régions inhérentes à la prise en charge spécialisée de deuxième ligne en pédopsychiatrie. Ces retards engendrent des années scolaires perdues, des cheminements gravement perturbés, voire tronqués, et des séquelles qui perdurent. L'accessibilité rapide et efficace aux services n'est pas acquise et devrait, à notre avis, être un enjeu prioritaire assorti d'actions claires.

Plusieurs phénomènes expliquent cette situation, notamment le morcèlement des services de première ligne, lié à la multiplicité des programmes spécifiques destinés aux jeunes (enfants de 0 à 5 ans, JED, TED-DI, etc.), qui a entraîné un manque de suivis continus auprès de cette clientèle.

Cette segmentation des services offerts n'est pas sans heurts et a des conséquences graves sur les jeunes atteints de troubles de santé mentale. Alors qu'ils manquent déjà de soutien et de ressources, le pédopsychiatre et son équipe doivent jouer le rôle de chef d'orchestre pour les problématiques complexes et agir comme pivot pour faire transiter les jeunes d'un programme à l'autre. Cela occasionne des suivis moins efficaces et moins personnalisés à la clientèle.

*Il nous semble irréaliste de croire que le remède à la transition de services entre l'âge pédiatrique et l'âge adulte réside uniquement dans un plan de services individualisés et intersectoriels (PSII), comme proposé par le MSSS.*

Lorsqu'ils atteignent l'âge de 18 ans, 75 % des jeunes suivis par une équipe en santé mentale en centres jeunesse viennent à perdre leurs services, ce qui pave la voie à l'itinérance.

Il nous semble irréaliste de croire que le remède à la transition de services entre l'âge pédiatrique et l'âge adulte réside uniquement dans un plan de services individualisés et intersectoriels (PSII), comme proposé par le MSSS<sup>2</sup>. L'AMPQ est plutôt d'avis que des solutions plus poussées doivent être envisagées, comme une prise en charge obligatoire et effective dans les trois mois suivants la référence aux services adultes ou encore l'obligation de maintenir un suivi pédiatrique tant que le suivi adulte n'est pas confirmé. Car si la transition n'est pas réglementée et mandatée avec une imputabilité claire, il est peu probable que la situation s'améliore.

De plus, pour l'admission aux différents programmes, il est fondamental que les âges de prise en charge soient flexibles. Par exemple, pour un jeune de 17 ans et 4 mois qui fait une première psychose, il serait probablement préférable d'être pris en charge par les services pour jeunes adultes psychotiques plutôt que par un pédopsychiatre.

La même situation se produit en gérontologie. De fait, les critères d'admission à ces programmes doivent être davantage basés sur la complexité clinique et les comorbidités que sur l'âge.

---

<sup>2</sup> Document de consultation du Forum national sur le plan d'action en santé mentale 2014-2020, page 11

*Les actions concrètes envisagées par le PASM nous semblent timides. On devrait envisager des cibles précises d'intégration de pairs aidants dans toute équipe clinique en santé mentale, que ce soit à l'urgence, sur les unités ou pour les services ambulatoires de première et de deuxième ligne.*

### **Intégrer les usagers pour mieux les aider**

Les principes de rétablissement et de plein exercice de la citoyenneté sont des orientations que l'AMPQ soutient fortement et qui ont fait l'objet de travaux et de réflexion dans les équipes de deuxième ligne, avec l'introduction de pairs aidants et l'élaboration d'outils pour favoriser la pleine participation des personnes à leur rétablissement. Les actions concrètes envisagées par le PASM nous semblent cependant timides, se limitant par exemple à nommer la pertinence de développer le modèle de pairs aidants, sans établir des cibles ou chercher à diminuer les nombreux obstacles à leur intégration (résistance des équipes, des établissements, définition et financement des postes, soutien et mentorat professionnel à développer, etc.). On devrait envisager des cibles précises d'intégration de pairs aidants dans toute équipe clinique en santé mentale, que ce soit à l'urgence, sur les unités ou pour les services ambulatoires de première et de deuxième ligne.

L'intégration des usagers dans l'organisation et l'évaluation des services en santé mentale se limite dans le document de consultation à des structures de concertation locales ou régionales, alors que des modèles existent pour entrevoir leur intégration dans l'ensemble des activités de développement ou d'amélioration de services dans chaque établissement qui donne des services de santé mentale. Par exemple, des usagers ou leur famille pourraient être intégrés dans des comités de régie, d'amélioration continue des services pour chaque département ou unité, ou sur des comités de pilotage pour de nouveaux projets cliniques. Ils pourraient être consultés avant que des travaux soient entrepris pour aménager l'espace physique des soins. Essentiellement, toute réflexion sur l'organisation et la prestation des soins au quotidien bénéficierait d'un partenariat à part entière avec les utilisateurs de ces services.

## CONCLUSION

L'AMPQ souhaite sincèrement que les solutions qu'elle propose fassent l'objet d'une profonde réflexion de la part du MSSS dans l'élaboration finale de son plan.

Les soins en santé mentale font partie du quotidien des médecins psychiatres et nous sommes convaincus qu'il est impossible de créer un plan réaliste sans inclure cette réalité.

L'AMPQ assure sa pleine collaboration dans l'élaboration du nouveau plan d'action.





ASSOCIATION DES  
MÉDECINS PSYCHIATRES  
DU QUÉBEC

Case postale 216,  
Succursale Desjardins  
Montréal (Québec) H5B 1G8  
514 350-5128